

Política de ayuda económica de CHS

I. Introducción:

Como proveedores de atención médica católicos y de acuerdo con Catholic Health Services de Long Island y la misión de los hospitales de su sistema (denominados colectivamente CHS [Catholic Health Services]) de brindar atención a personas necesitadas y marginadas de una manera que conserve la dignidad de la persona, esta Política de ayuda económica de CHS (Política) describe las políticas y los procedimientos relacionados con el suministro de ayuda económica a personas que no pueden pagar la totalidad o parte de su factura. No se le negarán servicios médicamente necesarios a ninguna persona debido a la imposibilidad demostrada de pagar dichos servicios.

Los hospitales del sistema han sido designados como organizaciones de beneficencia según lo establecido en el artículo 501(c)(3) del Código de Rentas Internas (Internal Revenue Code, IRC). De acuerdo con el artículo 501(r) del IRC, para que un hospital pueda mantener su estado de exento de impuestos, se requiere que adopte y publicite extensamente su política de ayuda económica.

El propósito de esta política es establecer una política y un procedimiento estándar dentro de CHS para identificar y registrar servicios de ayuda económica y otros descuentos y abordar la manera en la que los hospitales del sistema calculan los montos que se les cobran a los pacientes. Otros descuentos incluyen los descuentos para pagos por cuenta propia de pacientes no asegurados que pueden pagar por los servicios prestados y descuentos a terceros para responsables de pago no contratados.

El Equipo de Ciclo de Ingresos de CHS, junto con Liderazgo de la Entidad, tiene la responsabilidad de implementar esta política.

II. Definiciones:

Hospital del sistema: un hospital dentro del sistema de CHS al que el Estado de Nueva York le exige estar registrado o contar con una licencia como hospital, o un reconocimiento similar, lo que incluye a Good Samaritan Hospital Medical Center, Mercy Medical Center, St. Catherine of Siena Medical Center, St. Charles Hospital, St. Francis Hospital y St. Joseph Hospital.

Ingresos familiares: los ingresos familiares incluyen salarios, seguro de desempleo, seguro por accidentes de trabajo, Seguro Social, ingresos complementarios de seguridad, asistencia pública, pagos para veteranos de guerra, beneficios para sobrevivientes, ingresos por pensión o jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos sucesorios, de fideicomisos, asistencia

educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, ayuda por parte de personas ajenas al grupo familiar y otros recursos diversos. Los beneficios no monetarios (como los cupones para alimentos y los subsidios de vivienda) no se tienen en cuenta. El ingreso familiar se calcula antes de impuestos y excluye las ganancias o pérdidas de capital no realizadas.

Ayuda económica: la ayuda económica se define como la atención médica brindada a pacientes sin esperar un pago, total o parcial, por los servicios debido a una imposibilidad económica del paciente para pagar.

Garante: persona legal y económicamente responsable de efectuar el pago de la factura por servicios médicos de un paciente.

Activos líquidos: los activos líquidos incluyen inversiones que pueden convertirse en dinero en efectivo en el plazo de un año; estos activos deben ser evaluados como dinero en efectivo disponible para cubrir los gastos de vida básicos y deben coincidir con lo informado al Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

Necesidad médica: cualquier procedimiento que se considere razonablemente necesario para prevenir, diagnosticar, corregir, curar, aliviar o evitar el empeoramiento de afecciones que ponen en riesgo la vida; que causen sufrimiento o dolor; que tengan como resultado una enfermedad o dolencia; que amenacen con causar o empeorar una discapacidad; o que causen una deformación o disfunción física; si no hubiera un tratamiento disponible de igual efectividad, más conservador o menos costoso.

Pacientes en estado de indigencia médica: pacientes cuyo seguro médico no brinda cobertura total para todos sus gastos médicos en relación con sus ingresos, y si se les exigiera pagar el total de sus gastos médicos, se convertirían en indigentes.

Descuentos para pagos por cuenta propia de pacientes no asegurados: es el descuento que reciben aquellos pacientes/garantes que proporcionan evidencia de que no cuentan con un seguro de salud ya sea por un programa proporcionado por el empleador, por un intercambio de seguros médicos o un programa gubernamental como Medicare, Medicaid u otro programa estatal y local para pagar los servicios de atención médica prestados al paciente.

Liquidación: es un acuerdo de pago entre el responsable de pago o el paciente y un hospital del sistema por un saldo pendiente adeudado por el responsable de pago o el paciente, a los efectos de la anterior cobranza adicional.

Descuentos a terceros: descuentos que se ofrecen a terceros responsables de pago que no tienen un contrato vigente con el hospital del sistema. Tales descuentos se ofrecen por diversas razones, que incluyen la agilización de pago (pago dentro de un plazo específico) o en lugar de una auditoría.

Pacientes no asegurados: pacientes sin cobertura de seguro para sus gastos médicos.

Pacientes subasegurados: pacientes que tienen cobertura de seguro médico; sin embargo, después de la adjudicación de beneficios, quedan grandes saldos pendientes (p. ej., planes de salud con deducible alto).

III. **Política:**

Como proveedor de atención médica católico, CHS es convocado para satisfacer las necesidades de pacientes y otras personas que necesiten atención, sin importar su capacidad financiera para pagar por los servicios prestados. Como parte de su misión y según esta Política de ayuda económica, los hospitales del sistema pueden brindar atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria de forma gratuita o con descuento a personas elegibles que no tengan cobertura de una aseguradora de terceros o de un programa del gobierno, o a quienes no tengan recursos para pagar la totalidad o una parte de su factura. Además, CHS se compromete a ayudar a los pacientes elegibles a obtener un seguro de salud disponible para que puedan contar con una cobertura continua para los servicios prestados dentro o fuera de CHS.

Esta Política se aplica a los servicios hospitalarios prestados en hospitales del sistema en casos de emergencia o a otra atención médicamente necesaria. No incluye los servicios de médicos o de otros proveedores prestados en un hospital del sistema. Generalmente, dichos servicios se facturan por separado y de forma independiente de la reclamación del hospital. Los servicios dentales, ocupacionales, terapia de lenguaje y física no están cubiertas por esta política.

1. **Requisitos de elegibilidad, necesidad médica:** Los servicios de emergencia, incluido el transporte de emergencia, siempre se prestan a todos los pacientes de CHS de forma no discriminatoria, sin importar su capacidad de pago, su estado de seguro, nacionalidad, raza, credo o color, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA).

Además, CHS brindará atención gratuita o con descuento a personas elegibles que residan en los Estados Unidos para todos los servicios médicamente necesarios que no sean de emergencia.

El estado de salud del paciente no se considerará al momento de determinar la elegibilidad.

Si bien los pacientes de otros países que están de visita y necesitan servicios de emergencia son elegibles para recibir ayuda económica, los pacientes que visitan los Estados Unidos con la intención de recibir atención que no sea de emergencia dentro de CHS generalmente no son elegibles para recibir ayuda económica. Puede haber programas especiales de hospitales/médicos para este tipo de servicios; sin embargo, para servicios que se brinden fuera de dichos programas especiales, el paciente/garante debe acordar la forma en la que pagará por la atención médica.

2. **Requisitos de elegibilidad, capacidad económica:** La ayuda económica para servicios médicamente necesarios está disponible en una escala móvil de hasta el 100 % de los cargos, y hasta la exención total de los copagos y/o deducibles después de los ingresos de seguros externos, según la necesidad económica (es decir, pacientes no asegurados y subasegurados). Un paciente cumple con los requisitos para obtener la ayuda económica del 100 % si su ingreso familiar es igual o menor al 300 % de los indicadores del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL). El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos actualiza los indicadores del FPL anualmente.

Hay descuentos menores disponibles para pacientes con un ingreso familiar de entre el 301 % y el 400 % de los indicadores del Nivel Federal de Pobreza. Consulte los indicadores actuales

de ingresos para la ayuda económica (Anexo 1) para conocer los porcentajes de elegibilidad de la escala móvil.

CHS se compromete a ayudar a los pacientes que no tengan seguro médico a obtener cobertura a través de los recursos disponibles (es decir, Medicare, Medicaid, seguro por accidentes de trabajo, intercambio de seguros médicos) para que puedan contar con una cobertura continua para los servicios de atención médica prestados dentro o fuera de CHS. Para evaluar si un paciente cumple con los requisitos para obtener cobertura de terceros disponible y/o la ayuda económica de CHS, es posible que se le solicite al paciente/garante que proporcione determinada información financiera. Dicha información y/o documentación se describe a continuación.

- a. Elegibilidad presunta: se presume que los pacientes son elegibles para recibir ayuda económica según las circunstancias de vida de las personas (p. ej., no tener hogar, pacientes que no tienen ingresos, pacientes que han cumplido con los requisitos de otros programas de ayuda económica, etc.) CHS brindará descuentos de ayuda económica del 100 % a pacientes que se presume que son elegibles para recibir ayuda económica.

Por lo tanto, bajo determinadas circunstancias, CHS puede brindar ayuda económica antes de que se presente una solicitud para dicha ayuda, o sin que se presente, a través de un proceso de selección. CHS monitoreará cuentas impagas mediante un software de predicción de ingresos comercialmente disponible para ayudar a determinar si se presume que un paciente es elegible para recibir ayuda económica basándose en variables como dirección, edad y género. El proceso de elegibilidad presunta no afectará de manera negativa la capacidad crediticia de una persona. Además, este proceso no será utilizado para negarle ayuda económica a ninguna persona.

Si bien CHS se esfuerza por que la determinación de la capacidad financiera se acerque lo más posible a la prestación del servicio, hay ocasiones en que la información no se proporciona o no está disponible. Por lo tanto, la resolución de brindar ayuda económica, que incluye la elegibilidad presunta, puede ser posterior a la facturación por los servicios prestados a un paciente.

- b. Otras exenciones de activos: hay situaciones en las que las personas pueden no tener ingresos razonables registrados pero tienen otros activos considerables disponibles para pagar por los servicios de atención médica. En situaciones en que los pacientes tengan otros activos, estos serán considerados dinero en efectivo disponible para cubrir los gastos de vida básicos, que incluyen los gastos de atención médica. Los activos, sujetos a las exclusiones enumeradas a continuación, pueden tenerse en cuenta para que se actualice el monto adeudado por las personas con un ingreso igual o mayor al del Nivel Federal de Pobreza hasta el monto máximo de pago, pero no para negar ayuda económica. Por lo tanto, CHS convertirá los activos disponibles en ingresos para compararlos con los indicadores de pobreza, dólar por dólar; sin embargo, no se tendrán en cuenta los siguientes activos para determinar si el paciente cumple con los requisitos para recibir ayuda económica:

- cuentas de ahorros u otros activos líquidos con saldos menores a seis meses de ingresos;
- activos depositados en una cuenta de ahorros para la jubilación de impuestos diferidos o similar;
- cuentas de ahorros para la educación universitaria;
- todos los bienes personales, que incluyen artículos para el hogar, anillos de boda/compromiso y equipos médicos, entre otros;
- capital de negocios disponible de menos de \$50,000;
- automóviles que use normalmente un paciente o un familiar directo; y
- otros activos cuya eximición se considere lo más beneficioso para el paciente según el criterio de CHS.

Para aquellos individuos en donde el ingreso es mayor al 150% del FPL, no se considerarán los activos líquidos al determinar la elegibilidad para asistencia financiera.

- c. Depósitos: si bien CHS puede exigir el pago de coseguros y deducibles al momento de prestar el servicio, no exige a los pacientes que hagan un depósito económico previo a la fecha del servicio.
- d. Montos cobrados a personas elegibles para recibir ayuda económica: las reglamentaciones federales y del estado de Nueva York indican que los hospitales pueden no usar cargos brutos al facturarle a personas que cumplan con los requisitos para recibir ayuda económica. Más específicamente, la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA) indica que los montos facturados a aquellos que cumplen los requisitos para recibir ayuda económica deben basarse en las mejores tarifas comerciales negociadas, o bien en un promedio de las tres mejores, o en las tasas de Medicare (que se calculan anualmente). La Ley de Cuidado de Salud Asequible también indica que la política del hospital debe especificar cuál de estos dos métodos es el que utilizará el hospital para calcular el monto por cobrar, y debe describir de qué manera se llegó a ese monto o explicar de qué manera el público puede obtener dicha información sin cargo. Además, la Ley de Cuidado de Salud Asequible indica que un establecimiento hospitalario puede cambiar el método que utiliza para calcular los montos generalmente facturados en cualquier momento; sin embargo, debe actualizar su política para que describa un nuevo método antes de su implementación.

De acuerdo con lo establecido en las reglamentaciones, CHS no usará cargos brutos al momento de facturar a personas que cumplan con los requisitos para recibir ayuda económica cuando dicha elegibilidad sea conocida al momento de facturar. Además, CHS no les cobrará los servicios médicamente necesarios a las personas elegibles para recibir ayuda económica del 100 %. CHS limitará dichos cargos por emergencias u otra atención médicamente necesaria a tarifas no superiores a las de Medicare que se publican anualmente en el Registro Federal y que están entre los montos más bajos cobrados a pacientes asegurados (método prospectivo) para quienes cumplan con los requisitos para obtener un descuento prorrateado según lo establecido en esta Política de ayuda económica.

3. **Indigencia médica, capacidad financiera:** Los pacientes también pueden recibir ayuda económica con base en la indigencia médica. Para determinar la indigencia médica de un paciente se tienen en cuenta las facturas médicas considerables y/o catastróficas no cubiertas por el seguro y también el nivel de ingreso familiar y los activos líquidos del paciente.

Por ejemplo, un paciente que sufre una enfermedad catastrófica puede tener un nivel razonable de ingreso familiar, pero un nivel de activos líquidos tan bajo que el pago de las facturas médicas perjudicaría gravemente el bienestar y la subsistencia económica básicos (y, en definitiva, la física) del paciente. Un paciente con tales características debe recibir atención gratuita o con descuentos según sus hechos y circunstancias.

Es posible que se necesiten los siguientes documentos de demostración de ingresos para la aprobación de la ayuda económica por indigencia médica:

- Confirmación de la necesidad médica del servicio prestado.
 - Copias de las facturas médicas impagas del paciente/garante.
 - Información sobre los costos de los fármacos del paciente/garante.
 - Evidencia de múltiples instancias en las que se le hayan facturado al paciente/garante montos elevados de copagos, deducibles, etc.
 - Otras evidencias de montos elevados relacionados con costos de atención médica.
 - Información sobre la cobertura de seguro disponible.
 - Información sobre los activos líquidos disponibles.
4. **Exclusiones específicas:** Los procedimientos en contradicción con las directivas éticas y religiosas, tal como las interpreta y las aplica el Obispo de la Diócesis de Rockville Centre, se excluyen específicamente de la Política de ayuda económica de CHS. Además, se excluyen de esta Política los servicios de médicos y de otros proveedores.

IV. **Procedimientos:**

1. **Proceso de solicitud de ayuda económica:**

- a. **Confidencialidad:** la necesidad de ayuda económica puede ser un asunto sensible y muy personal para los receptores. Se mantendrán la confidencialidad y la protección de la dignidad de la persona para todos aquellos que soliciten servicios de beneficencia. La orientación y la selección del personal que implementará esta Política y sus procedimientos deben tener aquellos valores como guía. No se puede divulgar ninguna información que se obtenga en la solicitud de ayuda económica del paciente, a menos que el paciente proporcione un permiso expreso para su divulgación.
- b. **Solicitud de ayuda económica:** la elegibilidad será determinada lo más cerca posible de la fecha de la prestación del servicio para permitirle a CHS registrar adecuadamente los ingresos relacionados, netos de subsidios de ayuda económica. El objetivo es brindar ayuda económica a aquellas personas que realmente la necesitan. Cuando la ayuda económica no se identifica en el momento del servicio, CHS generalmente acepta solicitudes dentro de los

12 meses después del primer estado de cuenta de facturación posterior al alta médica. La elegibilidad para asistencia financiera se evalúa a partir de la fecha en que se recibió la solicitud.

Por lo general, los pacientes que solicitan ayuda económica deberán completar el Formulario de solicitud de ayuda económica de CHS (Anexo2). Las instrucciones para completar la solicitud de ayuda económica acompañarán el formulario. Se debe enviar la solicitud completa dentro de los treinta (30) días de haberla recibido para determinar la elegibilidad para la ayuda económica. Los pacientes contarán con ayuda para comprender esta Política y con el proceso de solicitud de ayuda económica.

Los materiales de la solicitud de ayuda económica incluirán una notificación para los pacientes que manifieste que se suspenderá la cobranza de todas las cuentas, y que el paciente puede desestimar cualquier factura, desde que se recibe la solicitud hasta que se haya tomado una decisión.

- c. Documentación: para evaluar si un paciente cumple con los requisitos para obtener cobertura de terceros disponible y/o para la ayuda económica de CHS, se le solicite al paciente/garante que proporcione determinada información financiera, que incluye:

- Ingresos de empleo o auto-empleo
- Compensación por desempleo
- Beneficios de seguro social
- Beneficios de compensación laboral
- Beneficios por discapacidad
- Pensión/cuenta de retiro individual/ anualidad
- Ingresos de inversiones
- Pensión alimenticia / mantenimiento
- Ingresos de alquiler
- Ingreso del gobierno
- Beneficios para veteranos
- Asistencia pública
- Beneficios de huelga

Es posible que se solicite la presentación de copias de documentos que corroboren el nivel de ingresos, los gastos y/o los activos (p. ej., comprobantes de pago, documentos de la pensión alimenticia y de manutención infantil, recibos de alquiler y de servicios públicos, ahorros, certificados de depósito, estados de cuenta de cooperativas de crédito o del mercado monetario, descripción de la propiedad que posee).

El paciente/garante debe proporcionar información sobre familiares directos y/o dependientes que residan con el paciente/garante, incluido el nombre, la edad y el parentesco.

El hospital del sistema puede obtener información de una persona de forma escrita u oral (o una combinación de ambas) con el objeto de considerar que una solicitud de ayuda económica está completa. No se puede negar ayuda social por omitir información y/o documentación si esta no fue requerida específicamente en esta Política o en el Formulario de solicitud de ayuda económica de CHS.

Se notificará a las personas cuando una solicitud de ayuda económica se considere incompleta. Dicha notificación incluirá la información necesaria para completar la

solicitud, el plazo en el que debe presentarse la información e información de contacto para proporcionar los datos faltantes y para obtener ayuda para completar la solicitud de ayuda económica.

2. **Revisión y procesamiento de solicitudes de ayuda económica:** Cada hospital del sistema adoptará una metodología de evaluación de ayuda económica, que se aplicará de forma consistente.

Se evaluarán los recursos económicos disponibles antes de determinar la elegibilidad para una cobertura de seguro médico de terceros y/o ayuda económica. CHS no solo tendrá en cuenta los recursos económicos del paciente, sino también los de otras personas con la responsabilidad legal de mantener al paciente (p. ej., el padre de un hijo menor de edad o el cónyuge del paciente). Es posible que el paciente/garante deba proporcionar información y comprobantes de inelegibilidad para los beneficios disponibles del seguro (es decir, cobertura individual y/o grupal), Medicare, Medicaid, seguro por accidente de trabajo, responsabilidad de terceros (p. ej., accidentes automovilísticos o lesiones personales) y otros programas.

- a. **Establecimiento del monto de descuento por ayuda económica:** se determinará la elegibilidad para obtener descuentos por ayuda económica según un porcentaje de los indicadores del Nivel Federal de Pobreza, los activos disponibles y cualquier circunstancia relevante.

Por consiguiente, los estándares de elegibilidad para la aplicación de descuentos por ayuda económica deben considerar los activos y el ingreso familiar (Consulte Otras exenciones de activos, Sección III.2.b. arriba). Cualquier paciente cuyos ingresos sean iguales o menores al 300 % de los índices del FPL es elegible para recibir una ayuda económica total (del 100 %), siempre y cuando la persona no tenga activos considerables.

La ley del Cuidado de Salud Bajo Precio (a veces conocida como ACA, PPACA u “Obamacare”) brinda una mayor oportunidad para que las personas obtengan cobertura de salud. Para garantizar que una persona no sea elegible para otras formas de cobertura de seguro (Medicare, Medicaid y Plan de Intercambio de Seguro Médico), la confirmación de elegibilidad para asistencia financiera será actualizada cada noventa días (90).

- b. **Exención de copagos y deducibles:**

- **Medicare y Medicaid:** CHS no renunciará habitualmente a los copagos y deducibles de pacientes con Medicare o Medicaid. Los pacientes con Medicare y Medicaid son elegibles para recibir ayuda económica para los copagos si se consideran subasegurados. CHS puede considerar en primer lugar a los pacientes con Medicare y en segundo lugar a los pacientes con Medicaid como elegibles para recibir ayuda económica presunta si no se presenta ninguna solicitud o no se paga la totalidad pasado el ciclo de estado de cuenta de 120 días antes de enviarlo al área de cobranzas.
- **Seguros externos:** CHS no renunciará habitualmente a los copagos y deducibles de seguros externos. Puede existir un requisito dentro de un contrato de atención médica administrada que exija el pago de la parte del monto al paciente (es decir, los

copagos). Los pacientes con seguros externos son elegibles para recibir ayuda económica para copagos y deducibles si se consideran subasegurados. Los pacientes que tengan cuentas de gastos de salud (health spending account, HSA) se consideran asegurados si la HSA se usa solo para el pago de deducibles y copagos (es decir, el paciente cuenta con cobertura de seguro para el resto de su factura).

- c. Autorización para determinar el otorgamiento de ayuda económica: se autorizarán los descuentos de ayuda económica de acuerdo con lo siguiente:
- Hasta \$1,000, Nivel de asesor financiero/representante.
 - Hasta \$5,000, Nivel de director.
 - Más de \$5,000, director de Finanzas/vicepresidente de Finanzas.
- d. Solicitudes de ayuda económica pendientes: CHS suspenderá todas las cobranzas si el paciente ha enviado una solicitud de ayuda económica completa y aún no se ha determinado su elegibilidad.
- e. Ayuda económica aprobada: se debe notificar por escrito al paciente/garante dentro de treinta (30) días de haber recibido una solicitud completa o de que se determinara la elegibilidad presunta, el monto, si hubiera, cuyo pago es responsabilidad del paciente, el monto de descuento por ayuda económica correspondiente a los servicios prestados por CHS, y la manera en que se obtuvieron estos montos. Se debe advertir a los pacientes/garantes que dicha elegibilidad no incluye servicios de médicos (es decir, médicos independientes, consultorios médicos, anestesistas, radiólogos, patólogos, etc. según las circunstancias). También se le informará al paciente/garante que puede requerirse una revisión periódica de su estado financiero en el caso de servicios futuros.
- f. Ayuda económica denegada: se debe notificar por escrito al paciente/garante dentro de treinta (30) días de haber recibido una solicitud completa si se ha negado la ayuda económica y se debe proporcionar una breve explicación de la decisión. Además, la notificación de negación debe incluir información sobre el proceso de apelación de la negación de CHS, incluido el número de teléfono, correo electrónico y dirección postal a donde debe dirigirse el pedido de apelación. Consulte la Sección 3, Procesos de apelación, a continuación, para obtener más información sobre los procesos de apelación de CHS.
- g. Retención de registros: CHS conservará un archivo central, impreso o en formato electrónico, de cada paciente/garante que haya solicitado ayuda económica. Estos documentos incluyen la solicitud del paciente y otros materiales de respaldo, copias de las cartas de aprobación y/o negación de ayuda económica, incluida la razón por la cual se negó la ayuda. Los archivos se conservarán durante siete (7) años desde la fecha de aprobación o negación.
- 3. Proceso de apelación**: Si bien son pocas las solicitudes rechazadas, el programa de ayuda económica de CHS le da al paciente la oportunidad de apelar una solicitud de ayuda económica previamente rechazada.

- a. Dentro de treinta (30) días de la notificación de ayuda económica negada, el paciente/garante debe notificar a CHS por escrito de su intención de apelar la decisión. La notificación de apelación del paciente/garante debe incluir las circunstancias que CHS debería tener en cuenta al momento de revisar la apelación. Además, la notificación de apelación debe incluir el número de cuenta del paciente y las fechas de servicio.

Todas las solicitudes de apelación deben enviarse a la siguiente dirección:

Catholic Health Services of Long Island
320 South Service Road
Melville, New York 11747
Atención: Apelaciones de ayuda económica

- b. Cada hospital de CHS establecerá un proceso de revisión de ayuda económica para revisar las apelaciones de pacientes/garantes. Además, las revisiones incluirán la evaluación de la información relacionada con las cuentas del paciente que no cumplan claramente con los requisitos de elegibilidad básicos para obtener descuentos de ayuda económica, que incluyen, entre otros, a los siguientes:

- Pacientes a quienes se les haya negado inicialmente la ayuda o que se les haya proporcionado una ayuda de menos del 100 % y soliciten que se reconsidere.
- Pacientes con circunstancias atenuantes que se hayan desconocido al momento de la solicitud inicial.
- Pacientes que parezcan tener o que se sepa que tienen gastos discrecionales excesivos.
- Pacientes que tengan activos no líquidos considerables.
- Pacientes cuya elegibilidad supera el 300 % de los indicadores del FPL y por ello no son elegibles para recibir los descuentos de ayuda económica de la escala móvil, pero cuyas facturas médicas acumuladas sean tan grandes que no puedan pagarlas.
- Cualquier situación dudosa.

- c. Dentro de treinta (30) días de que CHS reciba un pedido de apelación, el paciente/garante deberá ser notificado por escrito sobre la determinación de apelación. La determinación debe explicar las razones específicas por las que una negación se mantiene o se revoca y debe expresar de forma clara el monto adeudado por el paciente.

4. Difusión de la disponibilidad de ayuda económica: Todos los pacientes de CHS deben estar al tanto de que se puede solicitar ayuda económica y de cómo obtener más información.

- a. Se debe notificar e informar a los pacientes sobre la Política de ayuda económica de CHS durante el proceso de matriculación e inscripción.
- b. Todos los hospitales del sistema deben contar con un Resumen de la ayuda económica de los hospitales de CHS (Resumen de la Política), en inglés y español, que incluye

información que explica que brinda atención que se considera médicamente necesaria, sin importar la capacidad de pago, a personas con escasos recursos económicos, y debe explicar de qué forma los pacientes/garantes pueden solicitar ayuda económica. Además, el Resumen de la Política debe contener un número de teléfono de contacto para obtener más información y ayuda para el proceso de solicitud y un sitio web directo del que se puedan obtener copias de la Política de ayuda económica de los hospitales de CHS, del Resumen, y también el Formulario de solicitud. Se les debe ofrecer a los pacientes el Resumen de la Política durante el proceso de matriculación y de inscripción, y siempre que el paciente lo solicite.

- c. Siempre que se lo solicite, se proporcionarán copias impresas de los documentos completos del Programa de ayuda económica de los hospitales de CHS (política, resumen de la política y formulario de solicitud, incluidas las instrucciones) sin cargo, en los puntos de matriculación e inscripción y por correo.
- d. CHS debe colocar anuncios (en inglés y español) en lugares visibles y públicos o en otros lugares pensados para que atraigan la atención de los visitantes, incluida, como mínimo, la sala de emergencia y las áreas de admisión/inscripción, que les informen a los pacientes sobre la disponibilidad de ayuda económica. Se hará todo lo posible para garantizar que las políticas se les comuniquen de forma clara a los pacientes que hablen idiomas distintos de los utilizados para exponer por escrito las pautas para la ayuda económica.
- e. CHS y los hospitales del sistema deben publicar el Resumen de la política en su sitio web, junto con un enlace al Formulario de solicitud de ayuda económica de CHS y las Instrucciones para la solicitud. El Resumen de la Política debe proporcionar información sobre la elegibilidad para recibir ayuda económica, los niveles de ingresos que se usan para determinar la elegibilidad y cómo solicitar la ayuda. El Resumen de la Política debe publicarse en inglés y en español y puede publicarse en otros idiomas que se consideren necesarios.
- f. CHS y los hospitales del sistema deben notificar e informar a los residentes de la comunidad que se atienden en el hospital del sistema sobre la Política de ayuda económica de los hospitales de CHS de una manera pensada para alcanzar a aquellos miembros de la comunidad que tengan más probabilidades de necesitar la ayuda económica.
- g. Todas las facturas y los estados de cuenta que se envíen a los pacientes deben incluir una declaración relacionada con la disponibilidad del programa de ayuda económica de CHS y un número de contacto para obtener más información y ayuda para el proceso de solicitud. Además, todas las facturas y los estados de cuenta deben incluir la dirección de un sitio web directo donde se puedan obtener copias de la Política de ayuda económica de los hospitales de CHS, del Resumen y también el Formulario de solicitud. Esta información debe estar disponible en un nivel de lectura igual o menor que el de sexto grado.
- h. Además del inglés y del español, los documentos del Programa de ayuda económica de los hospitales de CHS (la política, el resumen de la política y el formulario de solicitud,

incluidas las instrucciones) deben ser traducidos para comunidades lingüísticas que conformen el 5 % o 1,000 personas, lo que sea menor, de la población de personas elegibles para ser atendidas o que tengan probabilidades de ser afectadas o encontradas. CHS puede utilizar cualquier método razonable para determinar dichas poblaciones. Por otra parte, en instancias en las que los pacientes no sepan leer y escribir, se brindará ayuda adicional para completar los formularios necesarios.

V. Prácticas de cobranza:

La intención de CHS es determinar la elegibilidad para recibir ayuda económica antes de que se presten los servicios. Sin embargo, hay ocasiones en las que se desconoce la información financiera, o no está disponible, por lo que las cuentas del paciente pasan a estar en mora y es necesario realizar gestiones de cobranza. CHS cuenta con personal interno y externo para efectuar cobranzas a fines de recibir el pago por los servicios prestados. Debido a que incluye hospitales exentos de impuestos, CHS no puede tomar ni toma “medidas extraordinarias de cobranza” (demandas, arrestos, gravámenes u otras acciones similares) hasta que no se haya hecho lo posible para determinar si un paciente es elegible para recibir ayuda económica.

Esta Política de ayuda económica de hospitales de CHS incorpora la política y los procedimientos de CHS en lo que respecta a las prácticas de cobranza, por lo que no cuenta con una política de cobranza independiente. Por lo tanto, las prácticas de cobranza de CHS están incluidas a continuación.

1. Prácticas de cobranza internas: Los agentes de cobranza internos deben seguir las siguientes prácticas:

- a. Capacitación e instrucción: todo el personal que interactúa con pacientes o es responsable de facturación y cobranza debe ser capacitado e instruido acerca de la Política de ayuda económica de CHS.
- b. Prácticas de cobranza: se debe exigir el pago de las cuentas de todos los pacientes de manera justa.
- c. Ética e integridad: todas las cobranzas deben reflejar constantemente los más altos estándares de ética e integridad, y deben ser consistentes con la misión de CHS en lo que respecta a la dignidad de todas las personas.
- d. Elegibilidad para Medicaid: está prohibida la cobranza a personas que se haya determinado que son elegibles para Medicaid.
- e. Plazos de pago razonables: se les debe ofrecer programas de pago (cuotas) y plazos de pago (no se aplican intereses) razonables a todos los pacientes/garantes con saldos de pago por cuenta propia.
- f. Límites anuales de cobranza: los montos anuales que se cobren a personas no aseguradas no deben superar el diez por ciento (10 %) del ingreso familiar bruto mensual de la persona.

- g. Intentos de cooperación: no se enviarán cuentas de pago por cuenta propia impaga a un agente de cobranzas externo si el paciente/garante coopera para cancelar el saldo de la cuenta.
- h. Elegibilidad para recibir ayuda: CHS no tomará “medidas extraordinarias de cobranza” (demandas, arrestos, gravámenes, envío de información desfavorable a agencias de crédito u otras acciones similares) contra las personas hasta que se haya hecho lo posible para determinar si un paciente es elegible para recibir ayuda económica; pero no antes de los 120 días desde el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta médica. Se debe llevar a cabo una revisión razonable antes de derivar una cuenta a un agente de cobranzas externo y de iniciar cualquier acción legal por falta de pago, para asegurarse de que el paciente/garante no sea elegible para ningún programa de ayuda (es decir, cobertura del gobierno) y que no califique para la cobertura a través de la Política de ayuda económica de CHS. Si se determina que una cuenta cumple con los requisitos para recibir ayuda económica después de haber sido derivada a un agente de cobranza externo, dicho agente debe devolverla inmediatamente para su adecuado seguimiento.

Los hospitales del sistema deben suspender las medidas extraordinarias de cobranza tomadas contra una persona para obtener el pago por la atención en cuestión si dicha persona envía una solicitud de ayuda económica. En los casos de solicitudes incompletas, los hospitales del sistema deben suspender las medidas de cobranza extraordinarias hasta que (a) la persona complete la solicitud y el hospital del sistema determine si la persona es elegible para recibir ayuda económica o (b) hasta que la persona no responda las solicitudes de información y/o documentación adicionales dentro de un plazo razonable (no un plazo de al menos 240 días desde el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta médica).

- i. Notificación al paciente: se debe notificar a los pacientes con treinta (30) días de anticipación que su cuenta se derivará a un agente de cobranza de terceros. Además, CHS debe notificar por escrito a las personas sobre sus intenciones de tomar una o más medidas extraordinarias de cobranza. Dicha notificación por escrito debe incluir un resumen de la Política de ayuda económica de CHS en lenguaje sencillo. Las medidas extraordinarias de cobranza no pueden iniciarse antes de los treinta (30) días desde la fecha de la notificación por escrito (fecha del envío por correo). Asimismo, CHS deberá hacer lo posible por notificar oralmente a la persona sobre su política de ayuda económica y sobre cómo puede obtener ayuda con el proceso de solicitud de ayuda económica, al menos treinta (30) días antes de iniciar las medidas extraordinarias de cobranza.

Los hospitales del sistema pueden enviar las notificaciones o comunicados escritos por medios electrónicos (p. ej., por correo electrónico) a las personas que hayan señalado que prefieren recibir las notificaciones o comunicados escritos por ese medio.

- j. Informe: los hospitales del sistema deben informar si han hecho lo posible a fin de determinar la elegibilidad para recibir ayuda económica y de qué manera lo han hecho, antes de tomar medidas extraordinarias de cobranza en el Formulario 990 y tienen la

responsabilidad de llevar registros para sustentar cualquier dato requerido por el Formulario 990.

2. Prácticas de cobranza externas: Los agentes de cobranza externos deben seguir las siguientes prácticas:

- a. Estándares y ámbito de las prácticas: los agentes de cobranza externos deben seguir los mismos estándares que los servicios financieros para pacientes de CHS.
- b. Ayuda económica: el agente de cobranza externo debe informar al paciente/garante acerca de la Política de ayuda económica de CHS y devolver inmediatamente la cuenta a CHS si se determina que cumple con los requisitos.
- c. Política de aprobación: el encargado de las finanzas del hospital (el vicepresidente o el vicepresidente adjunto) debe sopesar y aprobar previamente por escrito cualquier acción legal (es decir, embargos, gravámenes, etc.) que pudiera iniciar el agente de cobranzas externo. Se deben informar dichas aprobaciones al vicepresidente de Ciclo de Ingresos de CHS.
- d. Límite de 210 días: las cuentas impagas deben devolverse a CHS como incobrables después de 210 días. Bajo determinadas circunstancias (es decir, cuando se espera un pago o resolución dentro de los 60 días), un agente de cobranzas externo puede administrar una cuenta pasados los 210 días de la fecha que se le asignó al agente de cobranzas externo.
- e. Límites anuales de cobranza: los montos anuales que se cobren a personas no aseguradas no deben superar el diez por ciento (10 %) del ingreso familiar bruto mensual de la persona.
- f. Certificado anual de cumplimiento: el Equipo de Ciclo de Ingresos de CHS debe enviar la Política de ayuda económica de CHS actual y un certificado a todos los agentes de cobranzas para que certifiquen que actuarán conforme a esta Política. Además, el Equipo de Ciclo de Ingresos de CHS debe revisar al menos una vez al año a todos los agentes de cobranza externos para determinar si cumplen con estos estándares (es decir, la tasa de éxito y el cumplimiento de estos términos y condiciones).

3. Prohibiciones específicas:

- a. Desempleado sin ingresos/activos considerables: no se iniciarán acciones legales por falta de pago de facturas contra ningún paciente/garante que se encuentre desempleado y no tenga otros ingresos o activos considerables.
- b. Residencia principal: no se iniciarán acciones legales contra ningún paciente/garante en busca de compensación que pueda involucrar la ejecución hipotecaria de la residencia principal de un paciente/garante, ni se tomarán otras medidas que puedan tener como resultado la venta o transferencia involuntaria de dicha residencia, ni se informará a ningún paciente/garante que puede estar sujeto a alguna de estas acciones.

- c. Tácticas de cobranza: se prohíben terminantemente las tácticas como el cobro de intereses, exigir a los pacientes/garantes que incurran en deudas o préstamos que involucren a la propiedad personal o a los bienes inmobiliarios del paciente/garante (endeudamiento de recursos) y órdenes de arresto por falta de comparecencia (es decir, el arresto o encarcelamiento de un paciente deudor por no comparecer ante un tribunal).

VI. Descuentos distintos de la ayuda económica:

CHS no ofrecerá descuentos a pacientes de formas prohibidas por la ley (p. ej., descuentos que se usen en relación con la comercialización de servicios de atención médica a potenciales pacientes o descuentos que puedan influenciar a un paciente para que elija un centro de CHS o una entidad vinculada) o prohibidas por contrato (p. ej., prohibiciones de los contratos de organizaciones de atención médica administrada).

La coherencia debe ser esencial en la definición, la comunicación, la distribución y la implementación de los estándares de descuentos para pagos por cuenta propia y de terceros en todos los hospitales del sistema y dentro de sus áreas funcionales (p. ej., acceso del paciente, contabilidad del paciente, agentes de cobranza, clínicas satélite, diagnóstico de pacientes ambulatorios, centros terapéuticos y quirúrgicos, etc.).

1. **Descuentos para pagos por cuenta propia**: se ofrecerán descuentos para pagos por cuenta propia a todos (a) los pacientes con cuentas 100 % pagadas por cuenta propia y que no estén asegurados que puedan pagar o (b) los pacientes que sí estén asegurados pero cuyo servicio no cuente con el 100 % de cobertura de ese seguro. Aquellos pacientes con una cuenta de gastos de salud sin cobertura de seguro médico de terceros cumplen con los requisitos para obtener descuentos para pagos por cuenta propia.

El monto del descuento para pagos por cuenta propia dependerá de la tarifa actual de Blue Cross PPO para el hospital del sistema correspondiente, que es el responsable del mayor volumen de pagos de cada hospital.

2. **Descuento de pago inmediato en el departamento de emergencias**: Descuento de pago inmediato se puede proporcionar a pacientes sin cobertura medica los cuales hagan un pago completo en las primeras 48 horas después de ser dados de alta. Este descuento es aplicable a aquellos pacientes que son tratados y dados de alta en un departamento de emergencia de CHS. La tarifa de descuento de pago inmediato incluirá el pago de los servicios prestados por el hospital de CHS, médicos del departamento de emergencia, así como médicos de radiología y laboratorio. No incluye otros médicos (ej. especialistas – ortopédico, cirujano plástico, neurólogo, etc).

3. **Descuentos a terceros**: los descuentos a terceros, para cuentas en las que no hay un contrato entre la aseguradora y el hospital del sistema, solo se permiten bajo determinadas circunstancias. Sin embargo, no se permitirán los descuentos a terceros para responsables de pago secundarios (p. ej., Medigap, etc.).

- Se pueden ofrecer descuentos a responsables de pago primarios sin contrato solo si el saldo se paga en su totalidad dentro de treinta (30) días de la fecha de facturación inicial

o de la fecha acordada con el hospital del sistema y si el responsable de pago no disputa los cargos ni los servicios prestados. Si el hospital del sistema descubre cargos erróneos, el responsable de pago dispondrá de 30 días desde que recibe la reclamación de pago rectificadas; los pagos posteriores al plazo acordado pueden no ser elegibles para el descuento a terceros.

- Se permitirá aplicar los descuentos a los pagos recibidos dentro del plazo correspondiente hasta la tasa de descuento para pagos por cuenta propia. Este descuento se realizará conjuntamente con el departamento de atención médica administrada. Al ser parte de un descuento con un proveedor sin contrato, el paciente solo será responsable por los beneficios dentro de la red.

El estado de Nueva York Cuenta con un estatuto de reclamaciones que exige el pago dentro de los 45 días de que el responsable de pago recibe la reclamación. Estos estatutos reducen la necesidad de descontar los cargos facturados por responsables de pago sin contrato.

Los casos en litigio se considerarán liquidaciones y los montos adeudados a CHS como resultado de ese litigio no cumplirán con los requisitos ni serán considerados para los descuentos a terceros.

4. **Paquetes:** programas, procedimientos y servicios hospitalarios en los que (a) los terceros responsables de pago en general no cubren los servicios/procedimientos (p. ej., cirugía plástica, ensayos de investigación clínica, cirugía bariátrica, etc.) y (b) el paciente paga por cuenta propia, no deben realizarse descuentos para pago por cuenta propia para los procedimientos del paquete.

Se ofrecerán paquetes a todos los pacientes que reciben el servicio, sin importar la categoría de responsable de pago, sujeto a las limitaciones mencionadas anteriormente.

En la medida en que un paciente que recibe servicios de un paquete no esté asegurado o esté subasegurado y se haya determinado que el procedimiento es médicamente necesario, el paciente debe considerarse para un descuento de ayuda económica de acuerdo con lo establecido en esta Política.

VII. Revisión, control e informe anual:

1. el Comité de Ministerio y Misión del Directorio de CHS revisarán la Política de ayuda económica de CHS anualmente como parte de un informe anual de la misión. Además, el Comité de Cumplimiento y Auditoría de CHS revisará la Política desde una perspectiva de cumplimiento de las regulaciones. El Directorio de CHS debe aprobar todas las revisiones.
2. El Equipo de Ciclo de Ingresos de CHS desarrollará un mecanismo para medir el cumplimiento de CHS de su Política y hará un informe anual para el Comité de Ministerio y Misión de cada Directorio.
3. El Comité de Ministerio y Misión de cada hospital del sistema controlará el cumplimiento de esta Política anualmente, y la informará al Comité de Ministerio y Misión de CHS del Directorio.

